



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Zastosowanie "Lidcombe Program" w terapii jękającego się dziecka w wieku przedszkolnym

Author: Katarzyna Węsierska

Citation style: Węsierska Katarzyna. (2013). Zastosowanie "Lidcombe Program" w terapii jękającego się dziecka w wieku przedszkolnym. W: K. Węsierska, A. Podstolec (red.), "W świecie logopedii. T. 2, Studia przypadków" (S. 135-156). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Katarzyna Węsierska

Uniwersytet Śląski
Centrum Logopedyczne w Katowicach

Zastosowanie *Lidcombe Program* w terapii jękającego się dziecka w wieku przedszkolnym

Jąkanie u dzieci – charakterystyka zaburzenia

Jąkanie jest zaburzeniem, które jest stale obecne w historii ludzkości (VAN RIPER, 1982). Niektórzy badacze sugerują, że jest ono prawdopodobnie bardziej rozpowszechnione w kulturach świata zachodniego, gdzie większy nacisk kładziony jest na komunikację werbalną. Wskazywałoby na to mniejsze rozpowszechnienie jękania wśród ludów Polinezji czy niektórych plemion Afryki (LEMERT, 1992; cyt. za: WARD, 2006; zob. też: YAIRI, SEERY, 2011). Tym niemniej, najnowsze badania zdają się przeczyć takim tezom. Wbrew obiegowym opiniom odkryto, że jąkanie dotyczy także Indian amerykańskich – populacji wcześniej postrzeganych jako wolne od tego zaburzenia (ZIMMERMANN i in., 1983; cyt. za: YAIRI, SEERY, 2011: 38).

Badania nad występowaniem jękania, prowadzone głównie w Europie Zachodniej i krajach anglojęzycznych (Ameryka Północna, Australia), wskazują, że jąka się około 1% populacji osób dorosłych (GUITAR, 2006; YAIRI, SEERY, 2011). Wśród dzieci występowanie objawów niepełności jest częstsze i wynosi około 5%. Istotne jednak wydaje się dokonanie właściwego rozróżnienia pomiędzy objawami typowymi dla jękania (ang. *stuttering-like disfluencies*) a tzw. zwykłymi niepełnościami, zauważalnymi niemal u każdego mówcy (ang. *normal disfluencies*). J. Campbell i D. Hill opisały różne możliwe typy niepełności, do któ-

rych zaliczyły: (1) zawahania trwające sekundę i dłużej, (2) wtrącenia, takie jak „um” lub „er”, (3) tzw. rewizje – poprawki zdania lub frazy, kiedy mówca ponawia wypowiedź: „Bawiłam się z Ba... Bawiłam się z Marysią”, (4) niekończenie słów, (5) powtórzenia fraz lub zdań, (6) powtórzenia całych słów, (7) powtórzenia fragmentu słowa (dźwięku, sylaby lub wyrazu wielosylabowego), (8) prolongacje, polegające na nienaturalnym przeciąganiu dźwięku w wyrazie, (9) bloki, polegające na zatrzymaniu fonacji/artykulacji dźwięku – zwykle współtowarzyszy im wzmożony wysiłek wkładany w rozpoczęcie wypowiedzi i obserwowalny wzrost napięcia, (10) objawy zakwalifikowane jako inne, wśród których można wymienić problemy z oddechem (zob. GREGORY, 2003: 2). H.H. Gregory i D. Hill wskazują, że pewne objawy są bardziej typowe dla jąkania (powtórzenia dźwięków, prolongacje dźwięków, bloki, wzrost napięcia i objawy walki). Z kolei niektóre symptomy można zaobserwować zarówno u osób jākających się, jak i niejākających się – są to: powtórzenia wyrazów jednosylabowych, powtórzenia części wyrazu (dźwięków lub sylab). Czynnikiem różnicującym jest wówczas większa liczba powtórzeń (trzy i więcej razy w przypadku jąkania) oraz widoczne objawy napięcia i walki (obserwowane u osób jākających się). Za typowe, normalne niepełności uznaje się natomiast: zawahania, wtrącenia, poprawki i powtórzenia fraz lub zdań (GREGORY, HILL, 1999). Z. WOŹNIAK zwraca z kolei uwagę, że w dokonywaniu diagnozy jąkania należy również uwzględnić fakt, iż charakterystyczne dla tej przypadłości, obok objawów niepełności, jest także występowanie spastyczności i logofobii (2008). Zdaniem tego autora, definiując jąkanie, należy uwzględniać aspekt komunikacyjny (objawy patologicznej niepełności w mowie), psychiczny (świadomość występowania zaburzenia, reakcje lękowe) i neurofizjologiczny (wzmoczone napięcie mięśniowe) (WOŹNIAK, 2008; zob. też: ICD-10...).

Jąkanie jest zagadkowym fenomenem. Wciąż trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o jego genezę. Obecnie dość powszechnie uważa się, że jąkanie jest zaburzeniem o wieloczynnikowej etiologii. Do jego potencjalnych uwarunkowań zalicza się wiele czynników, takich jak: czynniki neurofizjologiczne, w tym genetyczne (AMBROSE, COX, YAIRI, 1997; MAZUR, WĘSIERSKA, 2012; SZELĄG, 1996; WOŹNIAK, 2002), czynniki lingwistyczne oraz czynniki psychologiczne (emocjonalne) i środowiskowe (BOTTERILL, KELMAN, 2010; GUITAR, 2006; KELMAN,

NICHOLAS, 2008; TARKOWSKI, 1997, 1999; YAIRI, AMBROSE, 2005; YAIRI, SEERY, 2011).

Pierwsze objawy jękania pojawiają się zazwyczaj w okresie wczesnego dzieciństwa, najczęściej pomiędzy 2. a 5. rokiem życia (YAIRI, AMBROSE, 2005). Wiele spośród małych dzieci, które manifestują objawy niepełności, przezwycięża ten problem, często bez pomocy terapeutycznej. Jest to tzw. zjawisko samoistnego ustępowania objawów (ang. *spontaneous recovery*). Dzieje się to najczęściej w ciągu pierwszych 18 miesięcy obecności objawów niepełności w mowie (BENNETT, 2006; YAIRI, AMBROSE, 2005). Dziewczynki częściej niż chłopcy przezwyciężają ten problem w okresie wczesnego dzieciństwa. Nadal nie jest do końca jasne, które dzieci przestaną się jąkać, a u których problem będzie się nasilał. Na podstawie najnowszych wyników badań przyjmuje się jednak, że istnieją czynniki, które pozwalają prognozować, w jakich przypadkach zaburzenie może się utrzymywać lub nasilać. Zalicza się do nich: płeć (męską), historię jękania w rodzinie (zwłaszcza jeśli krewny jąkał się także jako osoba dorosła), współwystępowanie innych problemów związanych z nabywaniem mowy czy świadomość zaburzenia u dziecka. Określane są one mianem czynników ryzyka jękania (ang. *risk factors*) (BENNETT, 2006; WARD, 2006). Badacze zjawiska jękania wczesnodziecięcego zwracają uwagę, że innym czynnikiem, pozwalającym odróżnić zwykłą niepełność od objawów jękania, jest przewaga w wypowiedziach dziecka niepełności typowych dla jękania w stosunku do tzw. zwykłych niepełności (GUITAR, 2006; AMBROSE, YAIRI, 1995). Większa frekwencja w mowie dziecka wielokrotnych powtórzeń sylab w wyrazie, repetycji wyrazów jednosylabowych, prolongacji dźwięków, napiętych pauz czy zaburzeń w oddychaniu rokuje niepomyślnie.

Australijski badacz zaburzeń płynności mowy M. ONSLOW podkreśla, że „obecnie panuje zgoda co do tego, że jękanie powinno być poddawane terapii, gdy się pojawia” (1992: 21). Nie kwestionuje się już dziś potrzeby wczesnej interwencji w przypadku jękania u dzieci. Zarówno badacze zajmujący się teoretycznymi analizami zjawiska jękania, jak i logopedzi praktycy podkreślają, że terapia logopedyczna małych dzieci z zaburzeniami w płynności mówienia jest skuteczniejsza niż terapia osób dorosłych z utrwalonym jękanem i negatywnymi postawami wobec tego zjawiska (MANNING, 2010). Jękanie się małych dzieci jest zja-

wiskiem zaskakującym. Rodzice jākających się maluchów często podkreślają zmienność tego fenomenu: są dni, gdy dziecko jąka się bardzo silnie, bez przyczyny, by po pewnym czasie objawy zaniknęły niemal zupełnie. Pojawienie się jākania u małego dziecka jest tym bardziej tajemniczym i trudnym do zrozumienia dla opiekunów stanem, że zaburzenie płynności następuje po okresie, gdy malec wypowiadał się prawie zupełnie płynnie. Budzi to zrozumiałe obawy i lęki wśród osób najbliższych dziecku, co bezsprzecznie nie wpływa korzystnie na jego funkcjonowanie. Często rodzice zgłaszający się do logopedy z maluchem są przerażeni, bezradni i pełni poczucia winy (JEZIORCZAK, WĘSIERSKA, 2011). Wydaje się, że są to kolejne argumenty przemawiające za koniecznością podejmowania wczesnej interwencji logopedycznej w jākaniu u dzieci.

Interwencja logopedyczna w jākaniu u dzieci

Terapia jākania wczesnodziecięcego trwa krócej niż terapia jākania chronicznego, mniejsze są też koszty emocjonalne i społeczne, które ponosi osoba jākająca się czy jej bliscy. Badania dowodzą, że wczesna interwencja jest skuteczna (HARRIS i in., 2002; JONES i in., 2008; LINCOLN, ONSLOW, 1997; MATTHEWS, WILLIAMS, PRING, 1997; MILLARD, EDWARDS, COOK, 2009; MILLARD, NICHOLAS, COOK, 2008). Współczesna praktyka logopedyczna najogólniej dzieli podejścia terapeutyczne w jākaniu u małych dzieci na *metody pośrednie* (ang. *indirect treatment*) i *bezpośrednie* (ang. *direct treatment*) (BENNETT, 2006; MANNING, 2010; RAMIG, DODGE, 2005; WĘSIERSKA, 2012; YAIRI, SEERY, 2011). *Interwencja pośrednia*, zdaniem E. Bennett, polega na przeobrażaniu środowiska dziecka w taki sposób, aby następowała poprawa płynności mowy. Ten efekt uzyskiwany jest przez trening (w niektórych podejściach terapeutycznych: *coaching*) rodziców połączony z długotrwałym monitorowaniem; z czasem intensywność terapii może wzrastać. Logopeda dzieli się z rodzicami wiedzą na temat rozwoju mowy i procesu nabywania fluencji słownej. Opiekunom dostarczane są informacje o czynnikach wpływających na osiągnięcie przez dziecko płynności w mówieniu. Z kolei *interwencja bezpośrednia* – jak sama nazwa wskazuje – zakłada bezpośrednią pracę z dzieckiem nad poprawą płynności jego wypowiedzi.

W podejściach bezpośrednich stosowane są elementy treningu płynności, modyfikowanie zająknięć lub terapia behawioralna (warunkowanie instrumentalne). Podobnie jak w metodach pośrednich, także podczas stosowania metod interwencji bezpośredniej zaangażowanie rodziców w terapię jest bardzo ważne. W początkowej fazie jest ona często bardzo intensywna, z tendencją do jej powolnego wycofywania w miarę osiągnięcia korzystnych efektów (BENNETT, 2006). Zazwyczaj dobór właściwej formy interwencji związany jest z wiekiem dziecka, uświadomieniem sobie przez nie istnienia problemu w mowie, ewentualnymi negatywnymi reakcjami dziecka lub jego otoczenia na jękanie, poziomem nasilenia objawów w mowie. Nie mniej istotnym czynnikiem, rozpatrywanym przez logopedę podczas doboru strategii terapeutycznej, jest czas, jaki upłynął od wystąpienia pierwszych objawów (MANNING, 2010; ZEBROWSKI, 1997). W praktyce często stosuje się kombinację obu podejść, czego przykładem jest brytyjski program terapeutyczny *Palin Parent* – *Child Interaction Approach* – *Palin PCI* (KELMAN, NICHOLAS, 2008; WĘSIERSKA, 2010). Jak podkreśla W.H. MANNING, „głównym założeniem obu podejść – pośredniego i bardziej bezpośredniego – jest sprawienie, by mówienie było przyjemne dla dziecka” (2010: 429). Podobna zasada odnosi się do procesu terapii jękania u dzieci – terapia powinna być dla dziecka przyjemnym doświadczeniem.

Lidcombe Program – założenia

Lidcombe Program (LP) jest przykładem jednej z bardziej upowszechniających się form terapii – terapii bezpośredniej¹, opartej na metodologii warunkowania instrumentalnego (ONSLow, PACKMAN, HARRI-

¹ *Lidcombe Program* jest szeroko wdrażany w krajach anglojęzycznych (takich jak: Australia, Nowa Zelandia, a także Stany Zjednoczone, Kanada, Wielka Brytania). Program został również zaadaptowany do warunków niemieckich, holenderskich, a nawet irańskich (ONSLow, MILLARD, 2012). Metoda ta jest stosunkowo mało znana w Polsce, doczekała się jedynie pojedynczych opisów w polskiej literaturze logopedycznej (zob. CHĘCIEK, 2006, 2007; TARKOWSKI, HUMENIUK, DUNAJ, 2010; WĘSIERSKA, 2009, 2012). Autorka artykułu wraz z A. Mielewską przygotowały obszerne opracowanie na temat *Palin PCI* i *Lidcombe Program*. Materiał został złożony do druku.

SON, eds., 2003). Program powstał w Australii jako wynik współpracy naukowców z University of Sydney (Australian Stuttering Research Centre) i logopedów praktyków ze Stuttering Unit Bankstone Health Service². Jego nazwa wywodzi się od nazwy dzielnicy Sydney, gdzie znajdował się Lidcombe Hospital. *Lidcombe Program* jest terapią behawioralną dla jaskających się dzieci w wieku przedszkolnym.

Jak podkreśla M. Onslow, jeden z twórców *Lidcombe Program*, metoda jest z założenia ateoretyczna (ONSLow, MILLARD, 2012; HARRISON, ONSLOW, 2010), co oznacza, że – w przeciwieństwie do innych programów terapeutycznych – LP nie jest oparty na wybranej teorii powstania jaskania, np. na koncepcji wieloczynnikowej genezy jaskania czy *Demands and Capacities Model* (SMITH, KELLY, 1997; ADAMS, 1990). W tym programie rodzic lub inna znacząca w życiu dziecka osoba wdraża terapię w naturalnym środowisku, natomiast logopeda odgrywa rolę przewodnika – nauczyciela rodzica. Główny cel twórcy *Lidcombe Program* definiują lakonicznie: „po prostu – brak jaskania” (ONSLow, 2003: 4).

LP jest wdrażany w dwóch etapach. Podczas pierwszego rodzic (lub inna bliska dziecku osoba) wprowadza terapię każdego dnia w środowisku domowym. Dziecko i rodzic przychodzą na spotkania z logopedą raz w tygodniu. Wtedy też logopeda przyucza rodzica do wdrażania terapii w warunkach domowych oraz do prowadzenia codziennych pomiarów nasilenia jaskania. W tym celu wykorzystywana jest Skala Nasilenia Jaskania (ang. *Severity Rating Scale*)³. Pomiary rodziców wraz z tymi, które wykonuje logopeda podczas spotkań, są decydującymi czynnikami wyznaczającymi przebieg terapii. Kiedy jaskanie dziecka zanika lub osiągnie bardzo niski poziom, rozpoczyna się drugi etap programu. Wtedy to rodzic stosuje program terapeutyczny z mniejszą częstotliwością, także spotkania z logopedą w poradni odbywają się coraz rzadziej. Warunkiem zakończenia terapii jest długotrwałe utrzymywanie się stanu niskiego poziomu jaskania lub całkowite ustąpienie zaburzenia. *Lidcombe*

² Więcej informacji na temat *Lidcombe Program* czytelnik może znaleźć na stronie Australian Stuttering Research Centre: <http://sydney.edu.au> [data dostępu: 10.05.2012].

³ Na specjalnym arkuszu SNJ rodzic każdego dnia ocenia stopień jaskania dziecka – należy odnotować odpowiedni do stopnia jaskania się w danym dniu wynik: 1 oznacza brak jaskania, 2 – bardzo niski poziom jaskania, a 10 – ekstremalnie nasilone jaskanie (zob. rys. 1).

Program ma wiele stałych komponentów, jednak – jak podkreślają jego twórcy – wprowadzanie tych składników jest zindywidualizowane dla każdego dziecka (PACKMAN i in., 2011)⁴.

Program bazuje na metodologii warunkowania instrumentalnego. Dziecko nie jest uczone używania innego sposobu mówienia, jak np. zwalniania tempa mowy lub stosowania delikatnego kontaktu narządów artykulacyjnych na początku wypowiedzi. Również rodzice nie są instruowani, aby modyfikować warunki panujące w środowisku dziecka w celu ułatwienia mu osiągania płynności w mowie, jak to odbywa się w innych programach terapeutycznych, np. w terapii metodą *Palin PCI* (GUITAR, McCAULEY, 2010). Najważniejszą częścią składową *Lidcombe Program* są reakcje werbalne rodziców, którzy komentują wypowiedzi dziecka w sytuacjach, gdy mówiło ono całkowicie płynnie, oraz wówczas, gdy jękanie wystąpiło. Te informacje zwrotne opiekunów określane są jako *komentarze werbalne/werbalne informacje zwrotne* (ang. *verbal contingencies*) i są głównym komponentem terapeutycznym programu. Zadaniem logopedy jest nauczenie rodzica właściwego ich stosowania. Ważne, aby dziecko akceptowało je i by informacje zwrotne rodziców (komentarze werbalne) nie były czynione w sposób ciągły i nieprzyjemny. Po płynnej wypowiedzi dziecka rodzic może zareagować na trzy sposoby: (1) uświadomić to dziecku (np. „to było płynne, gładkie – dobrze wypowiedziane”) lub (2) udzielić pochwały (np. „wypowiedziałeś to dobrze i płynnie, brawo!”) albo (3) poprosić dziecko o ocenę swojej wypowiedzi (np. „czy to było płynne, gładkie?”). W sytuacji, gdy rodzic jest pewny, że dziecko się zająknęło, może z kolei: (1) uświadomić to dziecku (np. „to było trochę niepłynne, potknięte, zająknięte”) lub (2) poprosić je o poprawienie wypowiedzi (np. „spróbuj powiedzieć to jeszcze raz – płynnie!”). Reakcje werbalne rodziców powinny następować tak szybko, jak to możliwe po skończonej wypowiedzi dziecka. Ważne jest również, by opiekun używał neutralnego i niekarzącego tonu głosu. Twórcy programu akcentują proporcję, w jakiej stosowane są werbalne komentarze. Zdecydowanie powinny przeważać reakcje rodzica na płynne wypowiedzi w stosunku do komentowania przez niego objawów jękania (w pro-

⁴ Na stronie internetowej Australian Stuttering Research Centre dostępny jest aktualny *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention Treatment Guide*.

porcji około 5:1) (zob. ONSLOW, 2003: 73). Terapia LP to przede wszystkim wykorzystanie komentarzy werbalnych rodziców, które są udzielane podczas konwersacji z dzieckiem. Dzieje się to w dwóch typach sytuacji: ustrukturyzowanych (w początkowym etapie terapii) i nieustrukturyzowanych (gdy mowa dziecka upływnia się). W początkowym stadium LP terapia jest wdrażana podczas tych ustrukturyzowanych konwersacji, trwających około 10–15 minut. Zadaniem rodzica jest zadbanie o wyraźną strukturę tych sytuacji zabawowych. Mogą to być proste dialogi dorosłego z dzieckiem. W efekcie, dziecko jąka się tylko czasami, a rodzic ma okazję, by stosować werbalne komentarze. Takie ustrukturyzowane sytuacje terapeutyczne przeprowadza się raz lub dwa razy dziennie. Jeśli z obserwacji poczynionych przez logopedę wynika, iż rodzic bezpiecznie i poprawnie stosuje komentarze werbalne, proponuje mu się używanie ich również podczas nieustrukturyzowanych konwersacji w różnych porach dnia.

Ważnym czynnikiem pozwalającym logopedzie na zakwalifikowanie dziecka do kolejnego etapu w programie jest badanie częstotliwości jąkania, wykonywane przez logopedę w czasie spotkań w poradni. Jego wyniki porównuje się z wynikami pomiarów dokonywanych przez rodziców przy użyciu Skali Nasilenia Jąkania. Logopeda powinien przeprowadzać pomiar sylab niepełnych (% SN) na początku każdej wizyty, podczas swobodnej rozmowy rodzica z dzieckiem. Przejście do etapu drugiego jest uzależnione od zmian zachodzących w mowie dziecka. Kryteriami pozwalającymi na to przejście są trzy kolejne spotkania z logopedą, podczas których: (1) wykonany przez logopedę pomiar SNJ w poradni ma wynik 1 lub przez cały czas trwania tej wizyty i (2) poza poradnią pomiar SNJ wykonany przez rodzica dla wcześniejszego tygodnia wynosi 1 lub 2, z czego co najmniej cztery pomiary powinny być równe 1. W drugim etapie *Lidcombe Program* rodzic stopniowo zmniejsza częstotliwość komentarzy werbalnych. Spotkania z logopedą są coraz rzadsze – warunkiem jest jednak utrzymywanie się całkowitej płynności mowy dziecka.

Twórcy *Lidcombe Program* zwracają uwagę na fakt, że choć program ma wyraźną strukturę i niezbędne komponenty, to o jego powodzeniu przesądza zindywidualizowanie i dostosowanie terapii do potrzeb konkretnego dziecka i jego rodziny (ONSLow, MILLARD, 2012). Ważne jest

również, by był wdrażany przez kompetentnego logopedę, przeszkolonego w jego stosowaniu przez The Lidcombe Program Trainers Consortium⁵. Zwolennicy stosowania *Lidcombe Program* podkreślają, że obecnie jest to prawdopodobnie najlepiej opisana i zbadana pod kątem skuteczności forma terapii jękania wczesnodziecięcego (HARRIS i in., 2002; HARRISON, WILSON, ONSLOW, 1999; JONES i in., 2005; JONES i in., 2008; LINCOLN, ONSLOW, REED, 1997; MILLER, GUITAR, 2009; ONSLOW, COSTA, RUE, 1990; ONSLOW, ANDREWS, LINCOLN, 1994).

Studium przypadku: Kamil

Wywiad

Kamil w momencie badania logopedycznego miał 5 lat i 8 miesięcy. Jękanie było obecne w mowie dziecka od 18 miesięcy. W rodzinie istniała historia jękania – dziadek ze strony ojca jąkał się, także jako osoba dorosła.

Chłopiec urodził się z pierwszej ciąży, o czasie, stan noworodka po urodzeniu był dobry. Był karmiony piersią przez około 8 miesięcy (z uwagi na chorobę matki karmienie naturalne po tym okresie przerwano). Zdaniem rodziców, rozwój motoryczny przebiegał raczej bez zakłóceń. Kamil zaczął siadać w 6. miesiącu życia, wstawał około 10. miesiąca, chodził z podtrzymywaniem od 13. miesiąca – nie raczkował. W opinii rodziców w 1. roku życia rozwój mowy przebiegał harmonijnie: chłopiec głużył i gaworzył. Później jednak zaobserwowali oni pewne spowolnienie procesu rozwoju mowy dziecka. Chłopczyk długo ociągał się z wypowiedzeniem pierwszego słowa – stało się to około 14. miesiąca życia. W 2. roku życia chętniej niż mową posługiwał się gestem i mimiką lub monosylabami. Pierwsze zdania zaczął wypowiadać dopiero około 3. roku życia – stało się to w pierwszych tygodniach pobytu w przedszkolu. Rodzice zauważyli, że w tym czasie mowa dziecka znacznie się rozwinęła.

⁵ Autorka artykułu w 2010 r. uczestniczyła w szkoleniu dla logopedów pt.: „The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention”, organizowanym przez The Lidcombe Program Trainers Consortium we współpracy z The Royal College of Speech and Language Therapists w Londynie.

Ich zdaniem, późniejszy jej rozwój przebiegał – jak to określili – lawinowo. Chłopiec niemal z dnia na dzień zaczął mówić pełnymi zdaniami, zadawał wówczas bardzo dużo pytań. Opiekunowie, zaniepokojeni początkowymi opóźnieniami w nabywaniu mowy, w tym czasie bardzo intensywnie stymulowali jej rozwój – dużo czytali chłopcu, opowiadali, odpowiadali na jego liczne pytania. Oboje rodzice są nauczycielami, posługują się poprawnym językiem, ich wypowiedzi są bardzo bogate w treści, często bardzo rozbudowane. Tempo mowy rodziców – zwłaszcza matki – jest dość szybkie. Podczas rozmowy z logopedą stwierdziła ona, że duże znaczenie ma dla niej poprawność językowa, dlatego miała w zwyczaju korygować niepoprawne wypowiedzi Kamila. Matka jest też osobą bardzo nastawioną na stymulowanie rozwoju dziecka, z kolei ojciec jest bardziej liberalny i przyznaje, że akceptuje syna takim, jakim jest.

Wyniki diagnozy logopedycznej

W badaniu logopedycznym stwierdzono u dziecka bardzo wysoki poziom umiejętności odbiorczych, chłopiec rozumiał nawet skomplikowane polecenia słowne. Kamil dysponował bardzo bogatym zasobem słownictwa, ale problemy sprawiało mu szybkie przywołanie właściwego słowa z pamięci. Dziecko potrzebowało dodatkowego czasu do namysłu, niekiedy nawet kilkudziesięciu sekund. Chłopiec manifestował również problemy wymawianiowe – seplenienie międzyzębowe – głoski szeregu szumiącego zastępowane były głoskami syczącymi realizowanymi w sposób interdentalny. Pewną trudność sprawiało mu także wymawianie głosek [r], która w niektórych pozycjach była realizowana poprawnie (zbitki spółgłosek, wygłos wyrazu), a czasem bywała zastępowana łatwiejszą do wymówienia głoską [l] (zwłaszcza na początku wyrazu oraz w otoczeniu samogłosek). Szczegółowa diagnoza jąkania pozwoliła na ustalenie, że w mowie dziecka przeważały liczne powtórzenia sylab i głosek (5–6-krotne), a także prolongacje (przedłużanie niektórych dźwięków) – zwłaszcza samogłosek – oraz nieliczne bloki na głoskach zwartowybuchowych. Nasilenie jąkania w mowie spontanicznej wynosiło około 12% w trzystusylabowej próbce wypowiedzi. W wypowiedziach, w których pojawiały się objawy jąkania, dawało się też zaobserwować tzw.

współtruchy: grymasy twarzy oraz mrużenie oczu. Podczas największych trudności z wypowiadaniem się rosło natężenie głosu dziecka. Rodzice zauważali, że chłopiec denerwował się z powodu swoich problemów z mową, czasami zdarzyło mu się skomentować: „ja tego nie potrafię powiedzieć”, a w niektórych sytuacjach trudnych pomagał sobie wyklaskiwaniem sylab.

Wyniki obserwacji dziecka

Z relacji rodziców wynikało, że Kamil jest dzieckiem bardzo żywym, z trudem skupiającym uwagę na jednej czynności. Potwierdziła to obserwacja prowadzona podczas badania logopedycznego. Zdaniem rodziców, chłopiec jest bardzo wrażliwy, ale i „nerwowy”, jak to określili – bardzo szybko wpada w złość i histeryzuje. Zdarza mu się krzyczeć i zanosić się płaczem – rodzice stwierdzili, że z trudem radzą sobie z tymi napadami złości syna. Przyznali zarazem, że w kontakcie z nim są dość niekonsekwentni. Kamil często pozostaje pod opieką dziadków, którzy mają tendencję do rozpieszczania dziecka. W czasie badania logopedycznego chłopiec bardzo chętnie nawiązał kontakt z terapeutą. Był zainteresowany zaproponowaną mu zabawą. Zadawał bardzo dużo pytań. Zaobserwowano również, że dziecko ma tendencję do przerywania osobom dorosłym, z trudem przychodzi mu czekanie na swoją kolej. Chłopiec manifestował, że chciałby, aby uwaga osób dorosłych cały czas była skupiona na nim. Kamil dał się poznać jako dziecko bardzo mocno skoncentrowane na wykonaniu zadań, oczekiwał pochwał za poprawne ich wykonanie i złościł się, gdy coś mu się nie udawało. Wówczas niechętnie ponawiał próbę, raczej manifestował zniechęcenie. Rodzice przyznali, że takie zachowania syna są dość typowe i że nie zawsze potrafią reagować na nie spokojnie.

Terapia logopedyczna

Podczas badania logopedycznego ustalono, że chłopiec był już objęty terapią z powodu jękania. Początkowo interwencja terapeutyczna polegała głównie na poradnictwie dla rodziców. Później logopeda wdrażał program stymulacji rozwoju mowy, terapię zaburzeń artykulacji oraz

upływnianie mowy przez wykorzystanie ćwiczeń rytmizujących, np. wyklaskiwania sylab w czasie mówienia. Zastosowano również elementy ćwiczeń oddechowo-emisyjnych. Rodzicom zalecono radykalne ograniczenie negatywnych bodźców, zwolnienie tempa mowy oraz uregulowanie trybu życia dziecka. Przyznali, że zastosowanie niektórych z tych zaleceń było dla nich niewykonalne – zwłaszcza zwolnienie tempa mowy przychodziło im z ogromnym trudem. Także zmiana trybu życia nie do końca się udała. W czasie trwania terapii rodzina była w trakcie budowy domu i przeprowadzki, co wiązało się z licznymi zmianami w codziennej rutynie. Chłopiec często przebywał pod opieką osób trzecich (dziadków, opiekunek). Z trudem zatem udawało się w tym czasie wdrażać zalecane przez logopedę wskazania.

Podczas pierwszego spotkania z nowym logopedą rodzice manifestowali ogromne poczucie winy, że nie sprostali wyznaczonym im przez poprzedniego specjalistę zadaniom. Uważali także, że to oni przyczynili się do nasilenia się objawów nie płynności w mowie dziecka. Można było zaobserwować u nich bezradność i brak nadziei, że są w stanie efektywnie pomóc swojemu synowi.

W czasie pierwszego spotkania, po przeprowadzeniu diagnozy logopedycznej wspólnie ustalono, że zastosowana zostanie interwencja bezpośrednia – *Lidcombe Program*. Taką decyzję podjęto ze względu na występowanie następujących czynników ryzyka: (1) płeć dziecka, (2) długi czas obecności problemu w mowie dziecka i brak oznak ustępowania objawów, (3) negatywne reakcje na jąkanie – manifestowane zarówno przez dziecko, jak i przez rodziców, (4) historia jąkania w rodzinie, (5) a także obecność innych uwarunkowań środowiskowych mogących niekorzystnie oddziaływać na problem jąkania. Również wiek dziecka i fakt, że chłopiec był świadomy, że się jąka, przemawiały za zastosowaniem interwencji bezpośredniej. Wybór metody terapii podyktowany był też dość znacznym nasileniem jąkania w mowie dziecka (około 12%) oraz jakością występujących objawów – liczne powtórzenia, prolongacje, bloki i towarzyszące im współruchy. Rodzice zostali poinformowani o zasadach wdrażania *Lidcombe Program*, a także o ich roli w programie. Logopeda zaprezentował im, w jaki sposób należy dokonywać codziennej oceny płynności mowy dziecka z wykorzystaniem Skali Nasilenia Jąkania. Wspólnie podjęto decyzję, że w pierwszym

etapie terapii osobą najbardziej zaangażowaną w jej wdrażanie będzie matka chłopca. Następnie logopeda zaprezentował sposób wdrażania terapii podczas ustrukturyzowanych konwersacji przy użyciu werbalnych komentarzy.

Podczas kolejnej wizyty w poradni logopeda zaaranżował rozmowę z dzieckiem. Po jej zakończeniu matka została poproszona o ocenę płynności mowy Kamila na Skali Nasilenia Jąkania. W ten sposób uzgodnione zostało wspólne stanowisko rodzica i logopedy w kwestii oceny nasilenia problemu jąkania w mowie. Przeprowadzona równocześnie przez logopedę ocena częstotliwości jąkania (procentowy pomiar sylab niepełnych w około trzystusylabowej próbce wypowiedzi) wykazała obniżenie liczby zająknięć do 10,5%, co wskazywało na to, że nastąpiło nieznaczne zmniejszenie się objawów jąkania w mowie dziecka. Podobne odczucia miała matka chłopca. Została ona poproszona o zademonstrowanie sposobu wdrażania terapii w warunkach domowych. W czasie zabawy z wykorzystaniem kolorowych kart, kiedy zadaniem dziecka było udzielanie krótkich, jedno- lub dwuwyrazowych odpowiedzi na pytania zadawane przez matkę, dało się zaobserwować wyraźną przewagę werbalnych komentarzy mowy płynnej. Podczas dyskusji z logopedą, po zakończeniu zabawy, matka chłopca przyznała, że jej samej sprawia trudność otwarte komentowanie jąkania, gdyż obawia się, że dziecko zareaguje negatywnie. Zdecydowano zatem, że w pierwszych tygodniach terapii matka będzie stosowała głównie komentarze werbalne odnoszące się do mowy płynnej, np.: „brawo, jak płynnie to powiedziałeś” (pochwała); „to powiedziane gładko i płynnie” (uświadczenie); „czy wypowiedziałeś to płynnie?” (prośba o ocenę własnej wypowiedzi przez dziecko). Jednocześnie logopeda zaprezentował dodatkowe możliwości wzmacniania werbalnych komentarzy za pomocą odpowiedniego tonu głosu, mimiki i ekspresji ciała. Zaakcentowano również potrzebę jak najszybszego udzielenia komentarzy przez matkę, bezpośrednio po wypowiedzi dziecka. Następnie została ona poproszona o wypróbowanie w praktyce tych sposobów wzmacniania płynności mowy. Na zakończenie spotkania logopeda krótko podsumował jego przebieg i zachęcił matkę do zadawania pytań lub przedyskutowania bieżących problemów. Jak się okazało, w tym czasie największą trudność sprawiało radzenie sobie z niegrzecznym zachowaniem dziecka. Podczas dyskusji ustalono,

że najważniejszą kwestią będzie w tym okresie utrzymanie konsekwencji w działaniach wszystkich dorosłych, którzy opiekują się Kamilem. Obawy matki w tym względzie dotyczyły zwłaszcza dziadków. Uznano, że korzystne może być zaproszenie ich na zajęcia z logopedą.

Podczas kolejnych wizyt w poradni zachowano podobny ich przebieg, tzn.: ewaluowanie terapii prowadzonej w warunkach domowych, ocena płynności wypowiedzi dziecka na zajęciach, wprowadzanie nowych elementów do programu przez logopedę, przeciwiczenie ich przez rodzica i dyskusja na temat bieżących problemów. Ważnym komponentem programu były pomiary niepłynności dokonywane przez logopedę (% sylab niepłynnych) oraz przy wykorzystaniu Skali Nasilenia Jąkania przez rodzica w warunkach domowych, a także wspólnie z logopedą na zajęciach. Zdaniem matki, te elementy pozwalały jej monitorować efektywność wprowadzanej terapii, były też dla niej dodatkowym czynnikiem motywującym. Początkowo pewną trudność sprawiało jej stawianie ocen płynności mowy dziecka dla całego dnia. Logopeda zaproponował, aby dokonywała dwóch pomiarów: w czasie ustrukturyzowanych konwersacji oraz dla pozostałej części dnia. Matka korzystała z tego sposobu przez pierwsze 2 tygodnie, jednak potem wycofała się z podwójnych pomiarów, gdyż w jej odczuciu w czasie ustrukturyzowanych zabaw mowa dziecka była niemal zupełnie płynna. Poprosiła ona również logopedę o podpowiedzi z zakresu tematyki zabaw – dość szybko zauważyła bowiem, że pomysły, które przychodziły jej do głowy, przestały być atrakcyjne dla dziecka. Logopeda zaprezentował różnorodne zabawy stolikowe, które spełniały warunki niezbędne do zaaranżowania ustrukturyzowanych sytuacji tak, by werbalne komentarze mogły być skutecznie udzielane. Bardzo ważną wskazówką dla matki było przypomnienie jej o konieczności zachowania jasnych reguł tych zabaw, o użyciu w czasie ich trwania możliwie prostego języka oraz o przestrzeganiu limitu czasu, a także o zadbaniu o odpowiednie, niehałaśliwe miejsce prowadzenia zabawy. Zdaniem matki Kamila, po zastosowaniu tych drobnych modyfikacji chłopiec wręcz domagał się tych codziennych zabaw, dopytywał się o nie i był bardzo zadowolony, gdy udawało się znaleźć więcej czasu w ciągu dnia, aby zabawę powtórzyć. Takie sytuacje miały miejsce zwłaszcza w soboty lub niedziele. Również dla matki te krótkie chwile spędzane na prostych zabawach z synem były bardzo pozytywnym doświadczeniem.

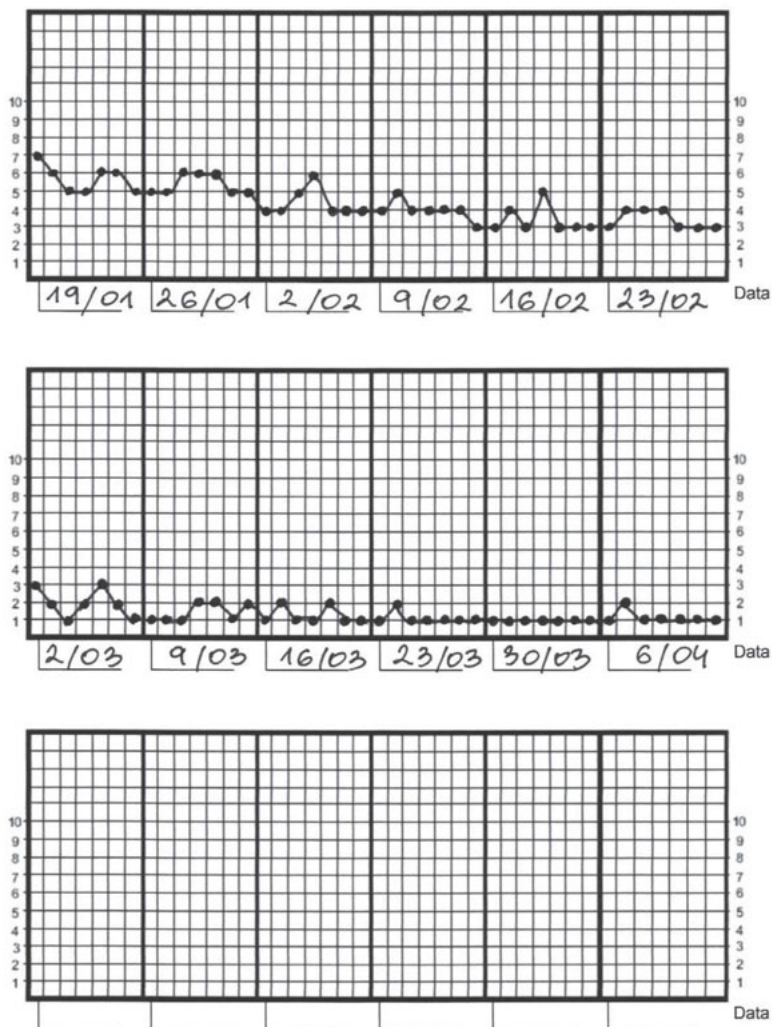
Z prawdziwym zdziwieniem zakomunikowała ona logopedzie: „nie spodziewałam się, że takie mało stymulujące zabawy mogą być dla mnie tak przyjemne, wcześniej, ilekroć bawiłam się z moim synkiem, zawsze starałam się, by przy okazji czegoś go nauczyć”.

Po 4 tygodniach wdrażania terapii płynność mowy dziecka poprawiła się dość znacząco, chłopiec przyzwyczaił się do werbalnych komentarzy matki. Logopeda zaproponował wprowadzenie informacji zwrotnych w odpowiedzi na objawy jękania: „to było trochę potknięte, spróbuj powiedzieć to raz jeszcze gładko i płynnie!”. Chłopiec pozytywnie zareagował na ten komunikat, powtórzył wypowiedź w sposób płynny, a logopeda bezzwłocznie udzielił mu pochwały. To doświadczenie było bardzo istotnym, niemal przełomowym momentem w terapii – ważnym zwłaszcza dla matki chłopca. Przyznała ona, że do chwili podjęcia terapii z wykorzystaniem *Lidcombe Program* jękanie było w ich rodzinie tematem tabu. Zwykle rodzice starali się nie używać tego słowa, a gdy ich synek się jąkał, udawali, że tego nie zauważają, próbowali odwracać uwagę dziecka od mowy. Intuicyjnie czuli, że pozostawianie chłopca sam na sam z jego trudnością w mowie nie jest dobrym sposobem wspierania go, ale obawa, że mogą nasilić problem, przeważała. Podczas zajęć z logopedą mama Kamila mogła zobaczyć, jak w naturalny sposób można zasignalizować dziecku, że się zająknęło, i poprosić je, by spróbowało raz jeszcze wypowiedzieć się płynnie. Matka chłopca z entuzjazmem przyznała: „gdybym wiedziała, że to tak działa, że on zupełnie się tym nie przejmie, już wcześniej mogłabym skomentować to, co się z nim dzieje, na pewno poczułby się bezpieczniej! A tak robiliśmy to za jego plecami i on pewnie to czuł i jeszcze bardziej się martwił”. Logopeda przypomniał rodzicom, że ich komunikaty werbalne odnoszące się do mowy płynnej powinny być udzielane znacznie częściej niż komentarze w odpowiedzi na jękanie (ważne jest zachowanie proporcji około 5:1). Terapeuta zaakcentował też, że istotne jest, aby rodzic, komentując jękanie, używał neutralnego i niekarzącego tonu głosu tak, by otrzymywanie informacji zwrotnych nadal było dla dziecka pozytywnym doświadczeniem.

Podczas kolejnych wizyt w poradni dawało się zaobserwować stopniowe zmniejszanie się objawów jękania w wypowiedziach dziecka (por. rys. 1). Również pomiary częstotliwości jękania, robione co jakiś czas przez logopedę, wykazywały sukcesywne ustępowanie objawów. W cza-

- 1 = brak jąkania
 2 = bardzo łagodne jąkanie
 10 = ekstremalnie nasilone jąkanie

IMIĘ: KAMIL ETAP I



Rys. 1. Arkusz Skali Nasilenia Jąkania – wyniki postępów Kamila w pierwszym etapie terapii

sie wizyty po 7 tygodniach terapii logopeda zaproponował rodzicom (na tym etapie ojciec dziecka też włączył się do terapii) stosowanie werbalnych komentarzy także podczas sytuacji nieustrukturyzowanych, czyli w czasie różnych momentów w ciągu dnia: na zakupach, na placu zabaw, w drodze do przedszkola, przy posiłkach. W ten sposób rozpoczęło się powolne przygotowywanie do przejścia do drugiego etapu terapii. Komunikacja językowa dziecka znacznie się poprawiła, wypowiedzi chłopca były niemal zupełnie płynne, objawy zająknięć zdarzały się bardzo rzadko (w tym czasie były to głównie jedno- lub dwukrotne powtórzenia sylab). Taka tendencja utrzymywała się w kolejnych tygodniach. Wyniki rodziców odnotowywane na SNJ wynosiły zazwyczaj 1 (epizodycznie 2), częstotliwość objawów jękania mierzona przez logopedę nie przekraczała 1%. Te wyniki pozwoliły – po 11 tygodniach intensywnej terapii – na przejście do etapu drugiego *Lidcombe Program*. O ile celem pierwszego etapu LP jest uzyskanie płynności mowy, o tyle w drugim następuje utrwalenie tego efektu i powolne wycofywanie się opiekunów ze stosowania werbalnych komentarzy. Od rozpoczęcia etapu drugiego spotkania z logopedą są coraz rzadsze. Początkowo spotykają się dwukrotnie co 2 tygodnie, potem następują kolejne dwie wizyty co 4 tygodnie, następne co 2 miesiące (dwie wizyty) i ostatnie dwie wizyty odbywają się co 4 miesiące. W tym czasie płynność mowy dziecka utrzymywała się na poziomie zbliżonym do tego, który udało się osiągnąć pod koniec etapu pierwszego. Pewną trudność sprawiało, zwłaszcza matce chłopca, odzwyczajenie się od stosowania werbalnych komentarzy. Przyznała ona, że pomoc udzielona jej w tym zakresie przez logopedę była bardzo potrzebna. Z kolei ojciec chłopca stwierdził, że w jego odczuciu mowa syna jest zupełnie płynna, choć czasem ma wrażenie, że stało się to kosztem jakości wypowiedzi. W jego opinii, po terapii syn woli posługiwać się krótszymi zdaniami; wydaje mu się również, że chłopiec mówi nieco wolniej.

Prognozy terapeutyczne

Można przypuszczać, że osiągnięta u chłopca poprawa w zakresie płynności mowy utrzyma się. Sugerują to wyniki obserwacji mowy dziecka prowadzonej przez długi okres automatyzacji i monitoringu

(drugi etap terapii). Ponadto, zarówno Kamil, jak i jego rodzice znacząco zmienili podejście do tej kwestii. Dzięki zastosowaniu *Lidcombe Program* problem jąkania przestał być traktowany w tej rodzinie jak temat tabu. Otwarte komentowanie objawów zająknięć, bez negatywnych emocji, okazało się zabiegiem bardzo korzystnym i dla chłopca, i dla rodziców, zwłaszcza dla jego matki. Pomocne były również dyskusje matki (a niejednokrotnie obojga rodziców) z logopedą, umożliwiające rozwiązywanie pojawiających się problemów. Rodzice przyznali, że takie podejście pozwoliło im zmienić stosunek do trudnych spraw: „nauczyliśmy się skupiać uwagę bardziej na poszukiwaniu rozwiązania problemu niż na samym problemie”. Pod koniec terapii rodzice zgodnie stwierdzili, że wzrosło ich poczucie kompetencji rodzicielskiej. Fakt zaś, że to oni tak naprawdę wdrażali program w naturalnym środowisku dziecka, sprawił, że mają poczucie, iż wiedzą, co robić, gdyby nastąpiło ewentualne pogorszenie stanu mowy Kamila.

Podsumowanie

Programy interwencji terapeutycznej stosowane w jąkaniu u małych dzieci ciągle jeszcze wymagają upowszechniania w warunkach polskich. W naszym kraju w terapii jąkania wczesnodziecięcego nadal dominuje poradnictwo i konsultacje. Niestety, mimo upływu lat wciąż aktualny jest postulat Z. TARKOWSKIEGO: „Pomagajmy [...], a nie tylko radźmy!” (1997: 195). Spopularyzowane na zachodzie Europy, w Ameryce i w Australii podejścia terapeutyczne, takie jak: *Lidcombe Program*, *Palin PCI* czy *GILCU* (*Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance*), są ciągle jeszcze mało znane specjalistom w naszym kraju. Istotne wydaje się zarekomendowanie polskim logopedom wybranych metod terapii jąkania u dzieci. Należy mieć nadzieję, że w przyszłości podjęte zostaną próby adaptacji do warunków polskich niektórych spośród tych obszernie opisanych, a zarazem sprawdzonych w badaniach empirycznych, programów terapeutycznych.

Bibliografia

- ADAMS M.R., 1990: *The Demands and Capacities Model I: Theoretical Elaborations*. "Journal of Fluency Disorders", Vol. 15, s. 135–141.
- AMBROSE N.G., COX N.J., YAIRI E., 1997: *The Genetic Basis of Persistence and Recovery in Stuttering*. "Journal of Speech, Language, and Hearing Research", Vol. 40 (3), s. 567–580.
- AMBROSE N.G., YAIRI E., 1995: *The Role of Repetition Units in the Differential Diagnosis of Early Childhood Incipient Stuttering*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 4, s. 82–88.
- BENNETT E.M., 2006: *Working with People Who Stutter. A Lifespan Approach*. Upper Saddle River: Pearson Education, Inc.
- BOTTERILL W., KELMAN E., 2010: *Palin Parent – Child Interaction*. In: GUITAR B., MCCAULEY R., eds.: *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, s. 63–90.
- CHĘCIEK M., 2006: *Problemy dysfluencji mowy w aktualnych światowych badaniach (z uwzględnieniem V Kongresu Światowego Towarzystwa Zaburzeń Płynności Mowy w Dublinie)*. „Forum Logopedyczne”, nr 11, s. 37–44.
- CHĘCIEK M., 2007: *Sprawozdanie z V Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Płynności Mowy (IFA) w Dublinie*. „Biuletyn Logopedyczny”, nr 1–2, s. 74–81.
- GREGORY H.H., 2003: *Essential Background Information*. In: GREGORY H.H., ed.: *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*. Boston: Pearson Education, Inc., s. 1–21.
- GREGORY H.H., HILL D., 1999: *Differential Evaluation – Differential Therapy for Stuttering Children*. In: CURLEE R.F., ed.: *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. New York: Thieme, s. 22–42.
- GUITAR B., 2006: *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- GUITAR B., MCCAULEY R., 2010: *An Overview of Treatments for Preschool Stuttering*. In: GUITAR B., MCCAULEY R., eds.: *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, s. 56–62.
- HARRIS V., ONSLOW M., PACKMAN A., HARRISON E., MENZIES R., 2002: *An Experimental Investigation of the Impact of the Lidcombe Program on Early Stuttering*. "Journal of Fluency Disorders", Vol. 27, s. 203–214.
- HARRISON E., ONSLOW M., 2010: *The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter*. In: GUITAR B., MCCAULEY R., eds.: *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, s. 118–140.
- HARRISON E., WILSON L., ONSLOW M., 1999: *Distance Intervention for Early Stuttering with the Lidcombe Program*. "Advances in Speech-Language Pathology", Vol. 1, s. 31–36.
- ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000. Kraków: Vesalius.

- JEZIORCZAK B., WĘSIERSKA K., 2011: *Jakość relacji logopeda – rodzic dziecka jękającego się a skuteczność terapii jękania wczesnodziecięcego*. W: GRUBA J., red.: *Wybrane problemy logopedyczne*. Gliwice: Fonem.eu, s. 51–66.
- JONES M., HEARNE A., ONSLOW M., PACKMAN A., ORMOND T., WILLIAMS S., SCHWARZ T., O'BRIAN S., 2008: *Extended Follow up of a Randomised Controlled Trial of the Lidcombe Program for Early Stuttering Intervention*. "International Journal of Language and Communication Disorders", Vol. 43, s. 649–661.
- JONES M., ONSLOW M., PACKMAN A., WILLIAMS S., ORMOND T., SCHWARZ T., GEB-SKI V., 2005: *A Randomised Controlled Trial of the Lidcombe Program for Early Stuttering Intervention*. "British Medical Journal", Vol. 331, s. 659–661.
- KELMAN E., NICHOLAS A., 2008: *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach*. Milton Keynes: Speechmark Publishing Ltd.
- LINCOLN M., ONSLOW M., 1997: *Long-term Outcome of an Early Intervention Programme for Stuttering*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 6, s. 51–58.
- LINCOLN M., ONSLOW M., REED V., 1997: *Social Validity in the Treatment Outcomes of an Early Intervention for Stuttering: The Lidcombe Program*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 6, s. 77–84.
- MANNING W.H., 2010: *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Clifton Park: Delmar Cengage Learning.
- MATTHEWS S., WILLIAMS R., PRING T., 1997: *Parent – Child Interaction Therapy and Dysfluency: A Single-Case Study*. "International Journal of Language and Communication Disorders", Vol. 32, s. 346–357.
- MAZUR M., WĘSIERSKA K., 2012: *Czynniki genetyczne w etiologii jękania – doniesienia z badań*. „Forum Logopedyczne”, nr 20, s. 90–94.
- MIELEWSKA A., WĘSIERSKA K., [w druku]: *Zastosowanie metod Palin Parent – Child Interaction (Palin PCI) i Lidcombe Program w terapii jękania wczesnodziecięcego*. W: SKIBSKA J., red.: *Wspieranie rozwoju małego dziecka*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe ATH.
- MILLARD S.K., EDWARDS S., COOK F.M., 2009: *Parent – Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence*. "International Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 11 (1), s. 61–76.
- MILLARD S.K., NICHOLAS A., COOK F.M., 2008: *Is Parent – Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?* "Journal of Speech, Language and Hearing Research", Vol. 51, s. 636–650.
- MILLER B., GUITAR B., 2009: *Relationship of Length and Grammatical Complexity to the Systematic and Nonsystematic Speech Errors and Stuttering of Children who Stutter – Term Outcome of the LP of Early Stuttering Intervention*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 18, s. 42–49.
- ONSLow M., 1992: *Identification of Early Stuttering: Issues and Suggested Strategies*. "American Journal of Speech and Language Pathology", Vol. 1 (4), s. 21–27.
- ONSLow M., 2003: *Verbal Response-Contingent Stimulation*. In: ONSLOW M., PACKMAN A., HARRISON E., eds.: *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide*. Austin: An International Publisher Pro-Ed., s. 71–79.

- ONSLow M., ANDREWS CH., LINCOLN M., 1994: *A Control/Experimental Trial of an Operant Treatment for Early Stuttering*. "Journal of Speech and Hearing Research", Vol. 37, s. 1244–1259.
- ONSLow M., COSTA L., RUE S., 1990: *Direct Early Intervention with Stuttering: Some Preliminary Data*. "Journal of Speech and Hearing Disorders", Vol. 55, s. 405–416.
- ONSLow M., MILLARD S., 2012: *Palin Parent – Child Interaction and Lidcombe Program: Clarifying Some Issues*. "Journal of Fluency Disorders", Vol. 37 (1), s. 1–8.
- ONSLow M., PACKMAN A., HARRISON E., eds., 2003: *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide*. Austin: An International Publisher Pro-Ed.
- PACKMAN A., ONSLOW M., WEBBER M., HARRISON E., LEES S., BRIDGMAN K., CAREY B., 2011 [luty]: *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention Treatment Guide*. Dostępne w Internecie: http://sydney.edu.au/health_sciences/asrc/health_professionals/lptc.shtml [data dostępu: 10.05.2012].
- RAMIG P.R., DODGE D.M., 2005: *The Child and Adolescent Stuttering. Treatment and Activity Resource Guide*. Clifton Park: Thomson Delmar Learning.
- SMITH A., KELLY E., 1997: *Stuttering: A Dynamic, Multifactorial Model*. In: CURLEE R.F., SIEGEL G.M., eds.: *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions*. Needham Heights: Allyn and Bacon, s. 204–217.
- SZELAŁ E., 1996: *Neurobiologiczne korzenie jękania*. W: TARKOWSKI Z., red.: *Jękanie*. „Biuletyn Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy”, nr 4, s. 71–82.
- TARKOWSKI Z., 1997: *Jękanie wczesnodziecięce*. Warszawa: WSiP.
- TARKOWSKI Z., 1999: *Jękanie*. Warszawa: PWN.
- TARKOWSKI Z., HUMENIUK E., DUNAJ J., 2010: *Diagnoza i terapia jękania w wieku przedszkolnym*. „Otolaryngologia”, nr 9 (3), s. 112–116.
- VAN RIPER C., 1982: *The Nature of Stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- WARD D., 2006: *Stuttering and Cluttering. Frameworks for Understanding and Treatment*. Hove: Psychology Press.
- WĘSIERSKA K., 2009: *Zaburzenia płynności mówienia u dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja logopedyczna*. „Logopeda” [online], nr 1 (7), s. 103–118. Dostępne w Internecie: www.logopeda.org.pl [data dostępu: 10.05.2012].
- WĘSIERSKA K., 2010: *Interakcyjna Terapia Rodzic – Dziecko przykładem skutecznego postępowania w jękaniu wczesnodziecięcym*. „Forum Logopedyczne”, nr 18, s. 23–30.
- WĘSIERSKA K., 2012: *Problemy jękania się dzieci w wieku przedszkolnym*. W: SKIBSKA J., LARYSZ D., red.: *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, s. 107–131.
- WOŹNIAK T., 2002: *Przyczyny i terapia jękania w świetle nowych badań*. „Biuletyn Logopedyczny”, nr 3, s. 52–54.
- WOŹNIAK T., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jękania*. „Logopeda”, T. 37, s. 217–234.

- YAIRI E., AMBROSE N., 2005: *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*. Austin: Pro-Ed.
- YAIRI E., SEERY C.H., 2011: *Stuttering Foundations and Clinical Applications*. Upper Saddle River: Pearson Education, Inc.
- ZEBROWSKI P.M., 1997: *Assisting Young Children who Stutter and Their Families: Defining the Role of the Speech-Language Pathologist*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 6 (2), s. 19–28.

Katarzyna Węsierska

The application of the Lidcombe Program in the therapy of a stammering preschool child

Summary

The article provides the description and analysis of the case of a preschool child suffering from stammering who was provided with the *Lidcombe Program*. The author describes the theoretical aspects of this particular speech disorder and presents the structure of the therapy based on this particular therapeutic tool. The article emphasizes that the Lidcombe Program's effectiveness has been empirically proven. Taking into consideration her own therapeutic experiences, the author describes the stages of the *Lidcombe Program* therapy for a stammering child. Both positive and negative aspects of the program are indicated within this paper.

Katarzyna Węsierska

Die Anwendung des *Lidcombe-Programms* in der Behandlung des stotternden Vorschulkindes

Zusammenfassung

In ihrem Artikel beschreibt und untersucht die Verfasserin den Fall eines stotternden Vorschulkindes, bei dem die australische Vorgehensweise *Lidcombe Programm* (LP) angewandt wurde. Die Verfasserin reißt kurz die Theorie des frühkindlichen Stotterns um und bespricht die Grundsätze des genannten logopädischen Programms. Sie betont, dass die Effektivität des *Lidcombe Programms* in empirischen Forschungen bewiesen wurde. Sich eigene therapeutische Erfahrungen zunutze machend schildert die Verfasserin den Verlauf der Behandlung eines stotternden Kindes mittels LP-Methode. Sie nennt Faktoren, welche die Effektivität der Therapie wesentlich beeinflusst haben und beschreibt die mit der Umsetzung des Programms verbundenen Schwierigkeiten.